決裁	事務長	係

再交付年月日
年　月　日

国民健康保険 被保険者 高齢受給者 証再交付申請書

被保険者証の記　号・番　号	記　号		番　号	
個　人　番　号　※通知カード参照	井　薬		－　－	
被保険者氏名 ※　家族は、2以降の欄に記入して下さい。	性別	組合員との続柄	生　年　月　日	
個人番号 1　(フリガナ)	男・女	本　人	昭・平・令	・　・
個人番号 2　(フリガナ)	男・女		昭・平・令	・　・
個人番号 3　(フリガナ)	男・女		昭・平・令	・　・
個人番号 4　(フリガナ)	男・女		昭・平・令	・　・
個人番号 5　(フリガナ)	男・女		昭・平・令	・　・

令和　年　月　日

〒　－

組　合　員

住　所

氏　名

個人番号

電話番号　－　－

福井県薬剤師国民健康保険組合　理事長　殿

《関係書類》

☐ マイナンバー制度に伴い、申請者である組合員の顔写真付きの身元確認書類（写）（運転免許証等）

☐ 誓約書

※以上2点をご確認いただきご送付願います。

誓　　約　　書

私は、福井県薬剤師国民健康保険組合被保険者証を紛失し、再交付を受けるについては、今後は取扱に十分注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに返還することを誓約します。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿